

検査予約申し込み



地域連携室宛

FAX : 098-885-1212

TEL : 098-885-3334

検査申し込みの際、情報提供書の送信もお願いいたします。

申込日： 年 月 日 ()

紹介医療機関	名称			
	TEL/FAX			
	診療科/主治医		主治医：	担当者：
患者様情報	フリガナ			
	患者氏名			
	生年月日/性別	年 月 日生	男・女	
	連絡先			

次回外来日	R 年 月 日			
検査項目	☐ レントゲン		☐ CT (単純のみ)	
	☐ MRI検査 (単純・造影)		☐ MRI (DWIBS)	
読影	☐ 後日郵送 ☐ 至急読影(当日) ☐ 不要			
撮影部位	☐ 頭部	☐ 胸部	☐ 腹部	☐ 骨盤
	☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 上肢
	☐ 上肢	☐ 下肢	☐ 関節 ()	
造影MRIのみ	腎機能低下 (有 無)		喘息 (有 無)	
	※造影MRI撮影の場合は ☐ 情報提供書 ☐ 同意書 ☐ 問診票 ☐ 採血データー (3ヶ月以内) を 申込時に送信をお願いします。			
画像ロム	☐ 当日希望 ☐ 後日郵送			